



## MEDICAL CERTIFICATE

Date 03/03/2014

This is to certify that MR. เอกอนันต์ แดงอาจ  
Patient Name

H.N. 9074/56 Age 38 years

Address. 3/6 ม.4 ต.บางตะไนย์

Amphur Pak Kret Province Nonthaburi Post code 11120

was examined on 03/03/2014

The diagnosis is 1. Multiple Ribs Fracture ,4th - 6th Left Ris

2. Close Fracture of Left Clavicle.

It is recommended for the patient to rest for 3. Sprain of Left Ankle days,

From 03/03/2014 to 03/03/2014

Comment :

He is admitted to the hospital from now onward.

Signature (Asni Yodhasmutr) (Attending M.D.)

License No. 7187



รพ.วิภาวดีปทุมธานี

# โรงพยาบาลวิการาม-ปากเกร็ด



132/215 แจ้งวัฒนะ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทร. 0-2960-9655-9 โทรสาร 0-2960-9666

## ใบรับรองแพทย์

แพทย์ผู้ตรวจ

นายแพทย์-แพทย์หญิง ..... สามารถ อันเสียนนพ.

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่ ..... 31963

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ ..... โรงพยาบาลวิการาม - ปากเกร็ด  
132/215 แจ้งวัฒนะ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

หนังสือรับรองฉบับนี้ ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้าแพทย์ผู้ตรวจผู้มีชื่อข้างต้นนี้ ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - สกุล ..... นาย เอกอนันต์ แดงอาจ ..... บัตรผู้ป่วยเลขที่ (H.N.) ..... 9074/56 ..... อายุ ..... 38 ..... ปี

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 3/6 ม.4 ต.บางตะไนย์

อำเภอ ..... ปากเกร็ด ..... จังหวัด ..... นนทบุรี ..... รหัสไปรษณีย์ ..... 11120

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย) ..... 3120600688341

ณ สถานที่ตรวจ ..... เมื่อ วันที่ ..... 11 ..... มีนาคม ..... 2557

จากการตรวจร่างกายของผู้มีชื่อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้

วินิจฉัย (ควรบอกชื่อโรค บริเวณที่เป็นโรค และ ระยะของโรค) ..... ก้อนในผิวหนัง

ต้องหยุดพักรักษาค้างมีกำหนด ..... 2 ..... เดือน ..... - ..... วัน (..... รักษา)

ตั้งแต่วันที่ ..... 11 ..... เดือน ..... 52 ..... พ.ศ. .... 52

จนถึงวันที่ ..... 10 ..... เดือน ..... 52 ..... พ.ศ. .... 52

ความเห็นอื่นๆ.....

รพ.วิการามปากเกร็ด

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่ ..... 11 ..... มีนาคม ..... 2557

ขอรับรองข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ

รับรองสำเนาถูกต้อง

กค

Dr. Wicaram  
นางสาว อดิสร



## ใบรับรองแพทย์

แพทย์ผู้ตรวจ

นายแพทย์-แพทย์หญิง ..... สุรเดช เวชภูตินพ .....

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่ ..... 6857 .....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ ..... โรงพยาบาลวิภาวดี - ปากเกร็ด .....

132/215 แจ้งวัฒนะ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 .....

หนังสือรับรองฉบับนี้ ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้าแพทย์ผู้ตรวจผู้มีชื่อข้างต้นนี้ ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - สกุล ..... นาย เอกอนันต์ แดงอาจ ..... บัตรผู้ป่วยเลขที่ (H.N.) ..... 9074/56 ..... อายุ ..... 38 ..... ปี

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 3/6 ม.4 ต.บางตะไนย์ .....

อำเภอ ..... ปากเกร็ด ..... จังหวัด ..... นนทบุรี ..... รหัสไปรษณีย์ ..... 11120 .....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย) ..... 3120600688341 .....

ณ สถานที่ตรวจ ..... เมื่อ วันที่ ..... 03 ..... มีนาคม ..... 2557 .....

จากการตรวจร่างกายของผู้มีชื่อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้

วินิจฉัย (ควรบอกชื่อโรค บริเวณที่เป็นโรค และ ระยะของโรค) ..... กรดไขมันผิดปกติ กรดไขมันผิดปกติ .....

..... กรดไขมันผิดปกติ กรดไขมันผิดปกติ .....

ต้องหยุดพักการทำงานที่กำหนด ..... 2 ..... เดือน ..... - ..... วัน (..... สัปดาห์ .....

ตั้งแต่วันที่ ..... 3 ..... เดือน ..... มีค ..... พ.ศ. ..... 2557 .....

จนถึงวันที่ ..... 2 ..... เดือน ..... มีค ..... พ.ศ. ..... 2557 .....

ความเห็นอื่นๆ .....

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่ ..... 03 ..... มีนาคม ..... 2557 .....

ขอรับรองข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ

# โรงพยาบาลวิภาราม-ปากเกร็ด



132/215 แจ้งวัฒนะ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทร. 0-2960-9655-9 โทรสาร 0-2960-9666

## ใบรับรองแพทย์

แพทย์ผู้ตรวจ

นายแพทย์-แพทย์หญิง ..... สุรเดช เวชภูตินพ.

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่ ..... 6857

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ ..... โรงพยาบาลวิภาราม - ปากเกร็ด  
..... 132/215 แจ้งวัฒนะ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

หนังสือรับรองฉบับนี้ ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้าแพทย์ผู้ตรวจผู้มีชื่อข้างต้นนี้ ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - สกุล ..... นาย เอกอนันต์ แดงอาจ ..... บัตรผู้ป่วยเลขที่ (H.N.) ..... 9074/56 ..... อายุ ..... 38 ปี

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 3/6 ม.4 ต.บางตะไนย์

อำเภอ ..... ปากเกร็ด ..... จังหวัด ..... นนทบุรี ..... รหัสไปรษณีย์ ..... 11120

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย) ..... 3120600688341

ณ สถานที่ตรวจ ..... เมื่อ วันที่ ..... 11 มีนาคม 2557

จากการตรวจร่างกายของผู้มีชื่อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้

วินิจฉัย (ควรบอกชื่อโรค บริเวณที่เป็นโรค และ ระยะของโรค) ..... *นางสาว น. น.*

□

ต้องหยุดพักรักษาดำมีกำหนด ..... เดือน ..... วัน (.....)

ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

จนถึงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ความเห็นอื่นๆ ..... *สมาน น. น.*

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่ ..... 11 มีนาคม 2557

ขอรับรองข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

*Signature*  
นางสาว น. น.  
มรณ OPD